Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen.

Über das

Haematom der Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

August Fischer

approb. Arzt aus Eichelsdorf.

Giessen 1898.

v. Münchow'sche Hof- und Universitäts-Druckerei.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen.

Über das

Haematom der Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludwigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

August Fischer

approb. Arzt aus Eichelsdorf.

Giessen 1898.

v. Münchow'sche Hof- und Universitäts-Druckerei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538110_0065

Die folgende Abhandlung hat den Zweck, einen der überhaupt sehr seltenen Fälle von Haematoma vulvae, der in letzter Zeit in der Universitäts-Frauenklinik zu Giessen beobachtet wurde, zu veröffentlichen, zugleich aber möchte ich eine allgemeine Betrachtung über das Haematoma vulvae, sei es direkt traumatisch, sei es spontan intra partum entstanden, mit Hülfe der mir zur Verfügung stehenden Litteratur anschliessen.

Der Fall, wie er im Januar vorigen Jahres hier in der Klinik zur Beobachtung kam, betrifft die kräftige, wohlgebaute Köchin von 20 Jahren, H. St. aus Limburg, die ihre erste Entbindung gegen den 10. Februar 1897 erwartete.

Eltern und Geschwister leben und sind gesund, auch sie selbst will immer gesund gewesen sein, nur vor 3 Jahren erkrankte sie an Typhus und hat damals sieben Wochen im Krankenhaus zu Wetzlar gelegen. 15 Jahre alt, menstruierte sie zum ersten Male. Die Menses waren immer regelmässig, ziemlich stark. Während der Zeit der Menstruation starke Rückenschmerzen. Die letzte Regel war Ende April 1896, die ersten Kindesbewegungen wurden fünf Monate später verspürt. Das Befinden während der Schwangerschaft war immer ein gutes.

Die St. war bis zur Zeit ihrer Entbindung in der Klinikskücke beschäftigt.

Seit dem 17. I. morgens klagte sie über Rücken- und etwas Leibschmerzen. Obwohl sie ihrer Entbindung erst am 10. II. entgegensah, kam sie doch der grossen Schmerzen wegen am folgenden Tage, den 18. I. nachmittags, zur Untersuchung in die Frauenklinik, wartete aber, nachdem sie gebadet war, die Untersuchung nicht ab, weil sie zur Küche zurückgerufen wurde. In der Nacht wieder zeitweise Rücken- und Leibschmerzen, die aber aus erwähntem Grunde nicht für Wehen gehalten wurden.

Als nun die St. den 19. I. morgens früh aufstand, um an ihre Arbeit zu gehen, floss plötzlich das Fruchtwasser ab, und während sie noch stand und sich ankleiden wollte, erfolgte morgens 6 h. m. auch schon der Austritt der Frucht. Die Gebärende will dabei noch schnell gebückte Haltung eingenommen haben. Die Nabelschnur riss 10 cm von der Bauchinsertion, und das Kind fiel zu Boden. Blutung aus der durchrissenen Nabelschnur erfolgte nicht. Die Halbentbundene wurde sofort im Tragkorb nach dem Kreisssaal gebracht und dort nach Reinigung der Genitalien $^1/_2$ St. später 6 h. 30 a. m. die Plazenta nach Credé exprimiert, ihr Austritt erfolgte nach Duncan.

Der Uterus ist gut contrahiert, keine Blutung nach aussen, kein Dammriss ist sichtbar.

Puls 80, Temp. 37,1.

Das Kind wog 2970 gr., Länge 49 cm. Der Kopf ist nicht configuriert, Kopfmaasse normal. Eine Kopfgeschwulst ist nicht sichtbar, nur am linken Tuber parietale eine geringe Rötung.

Das Gewicht der Plazenta ist 460 gr.

Die Nabelschnur ist sehr kurz (40 cm), sulzarm, dicht an der Insertion ein grosser falscher Knoten. Die Rissstelle am peripheren Ende ist unregelmässig gestaltet, die Gefässstümpfe sind in die Warthon'sche Sulze retrahiert, auf Druck vom centralen Ende her 3 Blutpunkte sichtbar. Die Menge des verlorenen Blutes beträgt etwa 500 gr. Die Eihäute sind vollständig.

2 Stunden später, 8 h. 40, Klagen über quälende Schmerzen an den äusseren Genitalien. An dem linken Labium majus eine Gänseeigrosse pralle Geschwulst sichtbar, die die Schleimhaut des Labium minus nach innen und die Haut des Labium majus nach aussen vorwölbt. Aus einem Riss an der linken Seite der vorderen Commissur geht mässig viel hellrotes Blut ab. Auf Jodoformgazetampon, Binden der Kniee und Auflegen einer Eisblase steht zunächst die Blutung. Nach einiger Zeit stellen sich indessen wieder neue Schmerzen ein, die bis mittags 1 h so lästig und quälend werden, und so sehr in den Rücken und nach den Beinen ausstrahlen, dass die Neuentbundene unaufhörlich stöhnt. Es wird deshalb nachgesehen und gefunden, dass die Geschwulst am linken Labium majus jetzt bis zu Faustgrösse herangewachsen ist. Von beiden Seiten des Dammes rieselt dabei hellrotes Blut nach aussen.

In Chloroformnarkose wird jetzt folgender Befund aufgenommen: Rechts und links neben der Urethra finden sich blutende Schleimhautrisse, der rechtseitige ist etwa 2 cm lang. Er wird mit 3 Katgutnähten umstochen, worauf die Blutung an dieser Stelle steht. Der linkseitige Riss geht tiefer in das Gewebe des linken Labium majus hinein, aus ihm rieselt noch beständig

arterielles Blut hervor, und durch ihn wird die Blutgeschwulst am linken Labium majus noch weiter vergrössert und erstreckt sich neben dem völlig intakten Damm nach hinten unten. Von der Scheide aus wird unter strengster Asepsis die in die Schamspalte vorgetriebene dunkelblau verfärbte Schleimhaut durch einen etwa 9 cm langen Schnitt gespalten, die durch frische Btutcoagula ausgefüllte Höhle wird ausgeräumt. An verschiedenen Stellen der Höhle quillt noch Blut hervor, es wird deshalb die ganze Höhle umstochen, und so ihre Wandungen gegenseitig genähert.

Einige Katgutfäden schneiden das brüchige Gewebe durch, so dass die Blutung immer noch nicht steht, es wird deshalb $1^1/_4$ Stunde lang die Rissstelle gegen den linken Schambeinast comprimiert, worauf es dann auch endlich aufhört zu bluten. Obwohl der Blutverlust verhältnismässig gross, ist die Neuentbundene doch ziemlich kräftig und fühlt sich wohl.

Den 19. I. abends: Puls 98, Temp. 38,1.

Den 20. I. ist das Befinden gut.

Morgens Puls 84. Temp. 37,9,
abends Puls 96. Temp. 37,9.

Der Harn wird zuerst nicht spontan gelassen, es muss deshalb katheterisiert werden. Jetzt, wie auch direkt nach der Geburt, ist der Harn völlig frei von Eiweiss und wird im weiteren Verlauf des Wochenbetts immer spontan gelassen.

Der Fundus steht in Nabelhöhe, der Uterus ist gut kontrahiert, der Bauch zeigt keine Empfindlichkeit.

Die Schwellung an den Genitalien ist fast ganz zurückgegangen, Blutung ist nicht mehr erfolgt.

Den 21. I. 97 morgens Puls 76 — Temp. 37,0,
abends Puls 112 — Tem. 38,5.

Allgemeinbefinden gut, auf Rizinus erfolgt zweimal Stuhl, Bauch ganz unempfindlich. Linkes Labium majus und Damm sind noch etwas ödematös. Von jetzt ab werden täglich Karbolausspülungen verordnet.

Den 22. I. morgens Puls 92 — Temp. 36,8,
abends Puls 38 — Temp. 38,0.

Befinden gut, Fundus steht in Nabelhöhe, Ödem an den Labien geringer.

Den 23., 24., 25. I. Status idem.

Den 26. I. wird nochmals eine genaue Untersuchung der Genitalien vorgenommen. Sie ergiebt, dass der Damm sehr straff ist, der Schambogen weiter als normal, die Beckenneigung etwas stärker als gewöhnlich.

Der Wochenfluss war bis hierher immer normal.

Den 1. II. ist der Ausfluss etwas fötide. Die bis dahin täglich gemachten Karbolspülungen werden deshalb noch fortgesetzt. Die Temperatur war dabei normal.

Den 2. II. steht die Wöchnerin zum ersten Mal auf.

Den 3. II. ist der Ausfluss etwas eiterig, im Eiter werden Diplococcen gefunden.

Die Temperatur ist wieder etwas angestiegen,
morgens Puls 104 — Temp. 38,8,
abends Puls 100 — Temp. 38,0.

Die Wöchnerin muss deshalb wieder zu Bett bleiben. Es werden jetzt Lysolausspülungen gemacht.

Den 4. II. ist der Ausfluss bereits wieder normal, die Temperatur ebenfalls, auch sonst sind keinerlei Beschwerden vorhanden. Die Wöchnerin kann bald entlassen werden.

Den 6. II. wird noch einmal eine Untersuchung vorgenommen und dabei folgender Befund aufgenommen: Der Damm ist ganz intakt, die Wundränder an der Innenseite des linken Labium majus sind vernarbt, desgleichen rechts neben dem Orificium urethrae. Kein Sekret mehr sichtbar, keine Schwellung oder Infiltration. Beide Labien sind von gleich normaler Beschaffenheit, der Uterus ist gut zurückgebildet, etwa klein Apfel gross. Aus dem Korpus lässt sich noch ein wenig Blut ausdrücken.

Den 7. II. 97 verlässt die Wöchnerin wieder völlig gesund die Anstalt.

Es handelt sich also, um noch einmal kurz zu rekapitulieren, in unserem Falle um beiderseitige Einrisse in das paraurethrale Gewebe, die als Folge einer präcipitierten Geburt entstanden sind. Die Quelle für das linkseitige Haematom der grossen Schamlippe haben wir in einer direkten Verletzung zu suchen, und ist uns damit eine Erklärung für die Bildung dieser Blutgeschwulst gegeben.

In vielen Fällen von Haematom der vulva, die in der Litteratur aufgezeichnet sind, fehlen uns genügende Erklärungen für ihre Entstehung.

Die Ansichten der verschiedenen Autoren gehen oft ziemlich weit auseinander und kann man deshalb die Litteratur über diese merkwürdigerweise so seltene Erscheinung noch lange nicht für abgeschlossen betrachten.

Es sei mir nun gestattet, nach Fällen, wie sie in der Litteratur beschrieben sind, eine Zusammenstellung über die Häufigkeit des Haematoms, seine ätiologischen Momente und die Therapie an unseren Fall anzuschliessen.

Blutaustritte in das lockere Zellgewebe der äusseren Genitalien zwischen oberflächlicher und mittlerer Dammfascie, Thrombus oder Haematoma vulvae, die durch Gefässzerreissung bei Behinderung des freien Abflusses entstehen, sind ihrem Wesen nach wohl schon lange bekannt, aber erst in neuerer Zeit wendet man ihnen eine besondere Aufmerksamkeit zu, wegen ihrer Gefährlichkeiten, die sie speziell im Laufe des Geburtsaktes oft mit sich bringen.

Wir finden solche Haematome entweder am Damm — perineales Haematom —, oder an den kleinen oder an den grossen Schamlippen — labiales Haematom —. Letztere sind entschieden am häufigsten, von den anderen finden wir kaum Aufzeichnungen. Zerreisst mit dem Gefäss zugleich auch die oberflächliche Bedeckung, so fliesst das Blut nach aussen ab.

Man hat darüber gestritten, ob bei dieser Blutung ein arterielles oder venöses Gefäss beteiligt ist. Sicher können es wohl beide sein, wie Winckel und viele andere Autoren angeben. Spiegelberg hält die Blutung meist für eine venöse, weil er der Meinung ist, dass die Venen im Verlauf der Schwangerschaft am meisten Schädlichkeiten ausgesetzt sind und so leichter zur Zerreissung führen.

In unserem hier beobachteten Falle, wo das hellrote Blut aus der verletzten Stelle hervorspritzte, kann man wohl mit Bestimmtheit ein arterielles Haematom annehmen.

Von der Stelle der Gefässzerreissung hängt natürlich auch die Lage des Haematoms ab. Wir finden dasselbe fast immer z. B. auf die eine grosse Schamlippe beschränkt, da die Gefässversorgung nur von der einen

Seite erfolgt, und andererseits die Scheide von einem derben Bindegewebe gleichsam in zwei Teile zerlegt wird, was uns die Entwickelungsgeschichte erklärt.

Sedillot und Beaudeloque (nach Winckel) sahen solche Haematome auch doppelseitig auftreten.

Ob die eine Seite vor der anderen öfter betroffen wird, lässt sich nicht genau sagen. Wenn manche angeben, dass die linkseitigen häufiger seien als die rechtseitigen, so könnte man dies event. mit der bei weitem häufigeren linken Kindeslage (I. Schädellage) und damit einer grösseren linkseitigen Stauung sowie mit der nach links erfolgenden Drehung des Hinterhaupts nach dem Durchschneiden in Zusammenhang bringen. Unter allen in der Litteratur aufgezeichneten Fällen fällt jedoch ein diesbezüglicher numerischer Unterschied nicht auf.

Was die Häufigkeit der Haematome überhaupt betrifft, so ist schon erwähnt worden, dass sie ein recht seltenes Ereignis sind, alle Gynäkologen stimmen in dieser Hinsicht überein. Fast alle Fälle, so weit sie in Entbindungsanstalten etc. zur Beobachtung kamen, sind wohl veröffentlicht worden, — man muss natürlich absehen von solchen, die auf der Landpraxis gesehen wurden, und von solchen, die überhaupt ohne ärztliche Hülfe wieder zur Heilung kamen —, trotzdem ist die Litteratur noch recht arm an Beschreibungen solcher beobachteter Haematome.

So teilt Spiegelberg in seiner Geburtshülfe mit, dass er selbst unter 5000 Geburten nur 5 Haematome gesehen hat.

Skanzoni sah 8 Fälle, d'Ontrepont 4, Hecker beobachtete unter 16435 Geburten auch nur 5 Haematome. Dubois sah es unter 14000 Geburten 11 Mal.

In der Petersburger Entbindungsanstalt kamen auf 19396 Geburten 8 Fälle.

Nach einer Durchsicht der Geburts-Journale der Giessener Universitäts-Entbindungsanstalt vom Jahr 1877 ab habe ich unter 5000 Geburten nur ein einziges Haematom aufgezeichnet gefunden.

Löhlein sah während seiner ganzen Thätigkeit in Berlin und Giessen auch nur 5.

Winckel glaubte auf Grund dieser statistischen Zahlen und auf eigne Beobachtungen gestützt, dem Richtigen am Nächsten zu kommen, indem er auf ungefähr 1600 Geburten 1 Haematom rechnet, ein doch gewiss sehr geringer Prozentsatz.

Das Verhältnis von Erst- zu Mehrgebärenden bezüglich Auftretens von Haematoma vulvae ist wohl nahezu ein gleiches. Winckel will es bei Mehrgebärenden häufiger gesehen haben. Er giebt ein Verhältnis von 12 Erst- zu 18 Mehrgebärenden an.

Spiegelberg glaubt, dass Haematome bei Erstgebärenden häufiger seien, weil bei ihnen submuköses Gewebe mit der Schleimhaut fest verbunden, und so durch gewaltsame Bewegung beider gegen einander z. B. bei dem Geburtsakt die Gefässe leichter zerreissen können, als bei Mehrgebärenden, wo die Verbindung schon eine lockere ist. Andererseits stimmt damit nicht seine Ansicht, Haematome seien meist variköser Natur, da Varicen doch eigentlich seltener in der ersten, sondern öfter in den folgenden Schwangerschaften auftreten.

Wenn wir nun zu den ätiologischen Momenten übergehen, die zur Entstehung der Haematome beitragen, wie sie im Puerperium beobachtet werden, so müssten

wir unter diesen Blutgeschwülsten erst wieder unterscheiden solche, die während der Schwangerschaft, solche, die während oder bald nach der Geburt, und solche, die im Wochenbett entstehen. Letztere sind im allgemeinen am seltensten und dann fast immer auf den Geburtsakt zurückzuführen.

Eine Trennung dieser Art ist jedoch wohl nicht gut durchführbar, da die Bedingungen, welche der Haematombildung zu Grunde liegen, wie die weitere Schilderung ergeben wird, bei den einzelnen Gruppen zu sehr in einander übergreifen.

Die Haematombildung beruht, wie schon erwähnt, darauf, dass ein Gefäss zerreisst, und das Blut sich dann in das subkutane Zellgewebe ergiesst. Es ist bekannt, dass in der Schwangerschaft eine Hyperämie, eine Erweiterung und stärkere Füllung der Gefässe im unteren Teil des Genitalapparates eintritt, ja wir sehen oft grosse variköse Knoten an den Labien, entstanden durch Behinderung des freien Rückflusses des Blutes infolge des wachsenden Uterus. Mit der Erweiterung geht Hand in Hand eine Verdickung der varikösen Gefässwände, andererseits wird die Media atrophisch, das Gefäss verliert seine Elasticität, wird brüchiger. Dass ein solches Gefäss jetzt durch irgend ein Trauma, eine äussere Gewalt leicht bersten und es damit zu einem Bluterguss, einem Haematom, kommen kann, ist schon leicht begreiflich.

So giebt denn auch Spiegelberg speziell Varikösität als disponierendes Moment für Haematom an. Die Ursache zur Gefässverletzung ist dann irgend ein äusserer Insult, wie z. B. ein in der Schwangerschaft allzu stürmisch ausgeübter Koitus. Einen solchen Fall

beschreibt Ehrendörfer (Archiv B. 34). Noch leichter kann natürlich eine Zerreissung solcher variköser Gefässe durch ein Geburtstrauma zustande kommen.

Eine Erklärung der Art wäre schon ganz verständlich und wohl annehmbar, wäre auch ganz im Sinne von Spiegelberg gegeben, der meint, Haematome wären meist venöser Natur.

Auch Winckel erkennt an, dass sehr starke venöse Ektasieen zu Haematom disponieren, andererseits beweist aber seine Statistik, dass sehr viele, ja die meisten Haematome bei denen vorkommen, die keine Phlebektasien zeigen. So beobachtete Winckel unter seinen 50 Fällen nur 6 Varicen. Skanzoni hat in 15 Fällen einmal Varicen gesehen, und Braun in 11 Fällen kein einziges Mal.

Auf diese Beobachtungen sich stützend, weisen Winckel und Andere den direkten Zusammenhang zwischen Varicen und Haematom zurück und suchen eine Erklärung in einer direkten Zerreissung der Blutgefässe durch den Geburtsvorgang allein.

So hat man Haematome sich entwickeln sehen bei übermässiger Anstrengung in der zweiten Geburtsperiode, wenn die Kreissende allzu heftig mitpresst. Man sah schon oft solche Gefässzerreissungen bei jähem raschen Durchschneiden des Kopfes, bei einem Partus praecipitatus, speziell wenn der Damm sehr straff und die Beckenneigung vielleicht eine etwas stärkere als gewöhnlich war, wie das in unserem schon geschilderten Falle zur Beobachtung kam. Es handelte sich hier offenbar um eine solche Sturzgeburt. Dass der Damm damals intakt blieb, mag wohl darin seinen Grund

haben, dass die Kreissende bei dem Austritt der Frucht sich gerade in gebückter Haltung befand.

Lwoff schildert uns in der Zeitschrift für Geb.-Hülfe u. Gynaek. B. XIII ein ähnliches Haematom nach Partus praecipitatus. Es handelte sich hier um eine kreissende Erstgebärende, die beim Gang nach der Entbindungsanstalt plötzlich von dem Austritt der Frucht überrascht wurde. Der Verfasser meint, dass hier wohl eine unwillkürliche Bewegung der Kreissenden eine Quetschung des mit Blut überfüllten Gewebes und der äusseren Genitalien gegen den Kopf des Kindes herbeiführen konnte. Spiegelberg erklärt die Entstehung des Haematoms bei Partus praecipitatus dadurch, dass der Kopf sehr rasch über die prall gefüllten Gefässe hingleitet, und ein Gefäss zerrissen wird, besonders dann, wenn Vaginalschleimhaut und submuköses Gewebe noch in fester Verbindung sind, wie das bei Erstgebärenden der Fall ist. Bei Mehrgebärenden ist das Gewebe schon aufgelockert. Aus diesem Grunde sollen bei Erstgebärenden Haematome nach Sturzgeburt häufiger sein, als bei Mehrgebärenden. In beiden eben erwähnten Fällen handelt es sich um Erstgebärende.

Wie ein zu rasches Durchschneiden des Kopfes, so kann auch andererseits ein zu langes Geburtstrauma ein Haematom hervorrufen, sei es dass eine fehlerhafte Lage der Frucht vorliegt, oder der Kopf zu gross ist, sei es dass das Becken zu eng ist, und dadurch die Weichteile einer starken Quetschung ausgesetzt sind. Das Gefäss zerreisst dann entweder dadurch, dass seine Wand durch den lang einwirkenden Druck nekrotisch wird, oder aber es wird direkt verletzt. Dieselben Gefahren drohen natürlich auch bei Steisslagen, bei Zwillingen.

Mit der Drucknekrose ist auch eine Nekrose der Scheidewand verbunden, d. h. letztere muss der ersteren vorausgehen. Der Bluterguss müsste sich dann direkt durch die abgestorbene Stelle nach aussen ergiessen, wenn nicht zugleich mit der Beendigung der Geburt eine Verschiebung der betroffenen Gewebe zustande gekommen wäre. In der Litteratur sind verschiedene Fälle aufgezeichnet, bei denen ein Haematom allein durch zu lange Geburtsdauer sich entwickelt hatte.

Skanzoni beschreibt zwei derartige Fälle. Dass ein Haematom natürlich auch bei künstlicher Beendigung der Geburt entstehen kann, ist selbstverständlich. Wir haben es dann fast immer mit einer direkten Verletzung durch die geburtshülflichen Instrumente zu thun. Aber nur in vereinzelten Fällen wäre hierin der Grund zu suchen, da die meisten Haematome ganz spontan entstehen, d. h. da wo überhaupt nicht eingegriffen worden ist.

Nach Winckel ist in 50 Fällen nur 7 mal Kunsthülfe angewandt worden. In 85 Fällen, die Frau Sasanova beschrieben hat, ist nur 11 mal die Geburt künstlich beendet, darunter 7 mal die Zange angelegt worden.

Unterzieht man jetzt noch einmal alle Fälle von Haematom, soweit sie in der Litteratur aufgezeichnet sind, einer Durchsicht, so muss man sich wundern, wie selten ein Geburtstrauma vorliegt. Wir sehen die meisten dieser Geburten ganz spontan und ohne Störung verlaufen und werden trotzdem von einem Haematom überrascht.

Es müssen also doch wohl noch andere prädisponierende Momente hier mitspielen, wie sie zum Teil durch die Gravidität, zum Teil durch das Puerperium gegeben werden, oder aber sie sind schon vor der

Gravidität vorhanden gewesen. Frau Sasanova hat uns speziell auf diesen Punkt aufmerksam gemacht. Einerseits nimmt man jetzt an, dass die zur Zeit des Puerperiums zahlreich neu gebildeten Gefässe mit ihrer zarten Wandung dem sich immer mehr steigernden Druck nicht mehr widerstehen können und zerreissen, andererseits seien es vor allem die anatomisch-histologischen Veränderungen der Gefässe, hervorgerufen durch Ernährungsstörungen, wie sie bei der Gravidität und im Puerperium so oft eintreten, oder auch schon individuell ererbt sind. Das ist wohl ganz sicher, dass bei vorhandener individueller hämorrhagischer Diathese die Schwangerschaft noch weitere Veränderungen in der Ernährung der Gefässe einleitet, die dann leicht zur Entstehung von Blutungen führen. Es handelt sich dann wohl um eine Strukturveränderung der Gefässmuskulatur oder auch der Gefässendothelien, welche die Elasticität herabsetzt und Blut aus der Gefässwandung austreten lässt. In der Litteratur finden wir verschiedene Fälle aufgezeichnet, die allein als Folge einer hämorrhagischen Diathese, sei sie angeboren oder erworben, zu betrachten sind.

In der Zeitschrift für Gebh. u. Gynaek. B. XIII wird ein solcher Fall beschrieben, den Sasanova beobachtet hat: Während der Gravidität bestand schon starkes Nasenbluten. Zu Anfang der Geburt Blutung aus den Genitalien und Nasenbluten, auch in der Nachgeburtsperiode bestand letzteres noch weiter fort. Das Haematom, das hier intra partum auftrat, ist wohl nur auf diese hämorrhagische Diathese zu beziehen.

Zwei ähnliche Fälle folgen im Anschluss an den vorigen, von Lwoss erzählt. In dem einen entstand

sofort post partum ein Haematom an der rechten grossen Schamlippe; wird dadurch erklärt, dass die Kreissende an Haemophilie litt. In dem andern Fall handelt es sich um eine Zwölftgebärende. Bei allen ihren Geburten entstand immer an derselben Stelle ein Haematom, wir haben es also hier sicher mit einer gewissen Prädisposition zu thun, zumal man annimmt, dass eine Blutgeschwulst gewöhnlich nur einmal auftritt.

Auf dieselbe Weise können natürlich auch Haematome bei allgemeinen Ernährungsstörungen, wie Chlorose, Leukämie, Scorbut etc. sich entwickeln.

Warzawski beschreibt im Centrbl. für Gynäk. 1893 ein solches, was sofort nach der Geburt bei einer Kreissenden sich entwickelt hatte, die an Morbus maculosus Werlofii litt.

Auch Lungen-, Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen rufen pathologische Veränderungen in den Gefässen hervor und prädisponieren so zu Haematomen.

Löhlein glaubte bei einem vor 6 Jahren hier in Giessen von ihm beobachteten Falle von Haematoma vulvae direkt pathogene Beziehungen zwischen einer chronischen Nephritis und dem Bluterguss annehmen zu dürfen, da sie oft zu ähnlichen Extravasaten führt, wenn auch in der Litteratur bezüglich Nephritis gravidarum und ingravidate bis jetzt noch kein Fall von Haematom bekannt ist. Sicher ist, dass das bestehende Ödem an den Labien die Ausbreitung eines Blutergusses erheblich begünstigen kann, und das trat auch bei dieser Kranken deutlich hervor:

Es handelte sich um eine wohlgebaute etwas zarte Zweitgebärende, nach deren erster Entbindung schon beträchtliche Nachblutung aufgetreten war. Sie war

seitdem immer etwas leidend, namentlich von Kopfschmerzen geplagt. In der zweiten Gravidität mässig Ödeme, Albuminurie.

Die Geburt erfolgte am 23. Juni 1891 abends, durch Zange beendigt, weil man wegen fortwährender Klagen über starke Kopfschmerzen Eklampsie befürchtete. In der Nacht traten Nachblutungen auf und heftig quälende Schmerzen an den äusseren Genitalien. Kopfschmerz besteht weiter.

Befund am 24. morgens: Grosse Anämie, beträchtliche Schwellung der äusseren Genitalien. Die linke Schamlippe ist faustgross, an der Innenfläche des linken Labium minus eine kleine Öffnung, aus der fortwährend Blut aussickert. Die Blutgeschwulst setzt sich vom hinteren Ende der grossen Schamlippe auf den Damm und die para- und retroanale Gegend linkerseits fort. Die Haut dieser Partie ist dunkel verfärbt und stark hervorgetrieben.

Therapie: Incision, die Coagula werden ausgeräumt und die Höhle austamponiert.

Rasche Verkleinerung der Höhle; völlig günstiger Puerperalverlauf.

Den	25. VI. 91	Urin	2,3‰	Albumen
„	27. VI. 91	„	0,8‰	„
„	1. VII. 91	„	0,8‰	„
„	5. VII. 91	„	0,2‰	„

Im Frühjahr 1892 ist der Urin völlig frei von Eiweiss und hat normales spec. Gewicht.

Kommen wir nun zur zweiten Kategorie der Haematome, zu denen, soweit sie ausserhalb des Puerperiums, bei nicht Schwangeren entstehen.

Dieselben sind, wie aus der Litteratur bekannt, zum grossen Teil traumatischer Natur und entstehen dann etwa durch grob mechanische Verletzung, äussere Gewalt, Fall auf eine scharfe Kante etc., gerade wie auch an anderen Körperstellen durch irgend ein Trauma Bluterguss in das subkutane Zellgewebe erfolgen kann. Solche, wie sie extra Puerperium entstehen, sind bedeutend seltener als die puerperalen, da die Genitalien eine sehr geschützte Lage einnehmen. Nur Skanzoni ist der Ansicht, dass Blutergüsse in das lockere Zellgewebe der Genitalien, besonders der Labien, auch bei nicht Schwangeren nicht selten beobachtet würden.

In dem Centralblatt für Gynäk. 1888 findet sich von Himmelfarb ein solch traumatisches Haematom aufgezeichnet, das dadurch entstanden war, dass nach einem ausgeübten Koitus der Liebhaber in die grosse Schamlippe biss.

In seinem Lehrbuch für Geburts-Hülfe beschreibt Osiander eine Blutgeschwulst infolge Quetschung der äusseren Genitalien durch Fall auf einen Amboss, Winckel beobachtete eins, das sich nach einem Stoss gegen die Badewanne entwickelt hatte.

Lwoff führt 5 Fälle an aus eigner Beobachtung, die alle traumatischer Natur sind.

Noch seltener als diese traumatischen Haematome extra Puerperium sind solche gesehen worden, die durch ganz spontane Gefässzerreissung zustande gekommen sind.

Ätiologisch wird man bei ihnen dieselben prädisponierenden Momente annehmen müssen, die auch sonst eine Gefässruptur erleichtern, und über die ich schon bei den spontan intra partum entstehenden Haematomen gesprochen habe.

So beobachtete Frangne ein Haematom an der grossen Schamlippe bei einer älteren Frau, die nie geboren hatte, das allein durch heftiges Pressen beim Stuhlgang entstanden war.

Von Gampe (Inaug.-Dissert. Berlin 1882) wird eine Blutgeschwulst beschrieben, die plötzlich bei einer Wärterin sich entwickelt hatte, die immer sehr schwer zu heben hatte.

Dass es hier allein die körperliche Anstrengung war, die das Haematom entstehen liess, ist wohl nicht anzunehmen. In beiden Fällen haben wir es noch mit Anomalieen im Cirkulationsapparat zu thun. Die erste ältere Patientin hatte geringe Arteriosclerose und bei der zweiten, der Wärterin, werden wir aus Geräuschen am Herzen eventuell auf Veränderungen im Gefässapparat schliessen können. Diese werden sicherlich zur Entwickelung des Haematoms beigetragen haben.

Haematome, die spontan oder auf traumatischem Wege ausserhalb des Puerperiums auftreten, sind natürlich direkt an die Gefässzerreissung gebunden und entstehen dann sofort. Anders ist es mit den Blutgeschwülsten, die intra partum und im Puerperium auftreten.

Am häufigsten sind diejenigen, die sich direkt nach der Ausstossung der Frucht entwickeln; auch die, die einige Zeit nach der Geburt beobachtet werden, sind meist noch auf den Geburtsakt zurückzuführen.

Unter 8 Fällen, die Skanzoni beschrieben hat, bildete sich die Geschwulst zweimal vor der Geburt, fünfmal in der Nachgeburtsperiode und einmal zwischen der Geburt des ersten und zweiten Zwillingskindes.

Unter Winckels 50 Fällen wurden 16 intra

partum, 15 gleich nach der Geburt, und 4 in den ersten Tagen des Wochenbetts beobachtet.

Dass diese Haematome in so verschiedener Zeit sich entwickelten, hat meist seinen Grund in der Art der Gefässverletzung.

Zerreisst ein Gefäss direkt, so tritt der Bluterguss sofort ein, das Haematom entsteht rasch und plötzlich. Wird es dagegen nur arrodiert, z. B. durch zu lange wirkenden Druck, durch Quetschung etc., so muss natürlich erst die arrodierte Stelle an der Gefässwand nekrotisieren, erst dann ist das Gefäss in seiner Kontinuität getrennt, und der Erguss kann erfolgen.

Doch auch auf direkte Gefässverletzung braucht in einzelnen Fällen nicht immer sofort das Haematom sich zu entwickeln. Die zerrissenen Gefässe können so klein sein, dass das Blut nur langsam aussickert, dann wird die Blutgeschwulst langsam wachsen und erst nach geraumer Zeit eine gewisse Grösse erreicht haben. Andererseits kann intra partum ein Kindesteil das zerrissene Gefäss komprimieren, so dass die Blutung erst dann erfolgt, wenn dieser Druck beseitigt ist.

Die Grösse, die Haematome erreichen können, ist ganz verschieden und schwankt etwa zwischen Hühnerei- und Mannskopfgrösse. Sie ist vielfach von der Art der Verletzung und der Beschaffenheit des ganzen Gewebes abhängig. Nach Angabe verschiedener Autoren sollen sich so die Haematome nicht Gravider von denen, die im Puerperium entstanden sind, auch in ihrer Grösse unterscheiden.

Hildebrandt sagt, dass bei nicht Graviden die Geschwulst schärfer abgegrenzt und rund sei und die Grösse eines Apfels nicht überschreite.

Auch Skanzoni schliesst sich dieser Ansicht an, wenn er sagt, dass Haematome traumatischen Ursprungs selten so gross werden als solche, die intra partum beobachtet werden. Die Festigkeit des subkutanen und subfascialen Bindegewebes extra puerperium soll diese Erscheinung erklären.

Nach anderen Beobachtungen unterscheiden sich die Haematome der beiden Kategorieen überhaupt nicht in ihrer Grösse. Auch bei nicht Graviden seien schon solche von Mannskopfgrösse beobachtet worden.

Dass natürlich ein Haematom auf den Geburtsakt, sei es, dass es direkt vor der Geburt, oder bei Zwillingen nach dem ersten und vor dem zweiten Kind auftritt, in jeder Weise hindernd einwirken kann, ist selbstverständlich, denn einerseits können die Geburtswege durch eine starke Geschwulst völlig verlegt werden, so dass der Austritt des Kindes unmöglich wird, andererseits ist immer zu befürchten, dass die Geschwulst berstet, und das Blut sich unaufhörlich nach aussen ergiesst. Fast bei jedem derartigen Falle sehen wir dann die Kreissende sehr stark anämisch werden, in anderen wieder tritt der Tod direkt durch Verblutung ein.

Einen solchen Fall schildert Osiander.

Fast überall da, wo das Haematom nicht direkt vor unseren Augen, wie z. B. intra partum, sich entwickelt, wird ärztliche Hülfe geholt, weil die Kranke angiebt, plötzlich sei an den Genitalien ein dumpfer Schmerz aufgetreten, der sich je nach Grösse bis auf's äusserste gesteigert habe. Der Schmerz strahlt nach dem Unterleib, der Kreuzbeingegend und den Extremitäten aus, ja kann so quälend werden, dass die Kranken laut aufschreien. Andere wieder haben an den Extremi-

täten das Gefühl, als ob sie völlig gelähmt seien. Jede Bewegung im Bett wird vermieden.

Besichtigt man jetzt die Genitalien, so fällt uns sofort die Geschwulst auf. Haben wir gleich post partum ein Haematom von etwa Kindskopfgrösse, so kann es uns sogar scheinen, als ob ein zweiter Kindskopf zwischen die Schamspalte geboren werde.

Die geschwollenen Teile sind dunkelblau verfärbt, je nach Grösse ist die bedeckende Haut oft so gedehnt, dass sie ganz durchscheinend wird.

Die Geschwulst fühlt sich etwas teigig und nur gering fluktuierend an, weil das Blut in der Höhle zur Stagnation kommt. Auf Druck ist die Geschwulst besonders schmerzhaft.

Als weitere Symptome treten oft Schmerzen bei dem Urinlassen hinzu, schliesslich Anurie und Verstopfung, sich gründend auf den Druck auf die Nachbarorgane, wie Harnröhre und Mastdarm.

Verlauf und Ausgang eines solchen Haematoms kann sehr verschieden sein. Kleine Haematome, sei es, dass sie bei nicht Graviden, oder im Puerperium entstanden sind, können ganz ohne Nebenbedeutung sein. Der Erguss kann in kurzer Zeit resorbiert werden ohne Öffnung und Entleerung des Blutsackes, oder die Geschwulst berstet und heilt dann aus.

Verschiedene Gynäkologen sprechen dem extra puerperium entstandenen Haematom überhaupt jede Gefährlichkeit ab, da einerseits, wie schon erwähnt, eine bestimmte Grösse nicht überschritten würde, und andererseits wohl auch die Gefahr einer Infektion nicht so nahe liegt.

Aber auch schon grössere Haematome können, sobald die bedeckende Hülle noch dick und fest ist, noch durch Resorption zur Heilung kommen.

In Fällen, wo die Geschwulst eine solche Ausdehnung erreicht hat, dass ihre Wand durch die Dehnung ganz dünn geworden ist, kann schliesslich das Haematom spontan bersten. Blut und Gerinnsel ergiesst sich nach aussen. Wenn nun das zerrissene Gefäss noch nicht thrombosiert ist, kommt es jetzt leicht durch Verblutung zum Exitus. Im leichtesten Fall tritt sehr starke Anämie ein.

Immer hüte man sich noch vor einer Nachblutung, die sehr oft eintritt und grosse Gefahren mit sich bringen kann. Andererseits kann eine Ausheilung solcher Haematome noch ganz ohne Infektion zustande kommen. Gefährlich dagegen wird der Ausgang werden, sobald die deckenden Hüllen eines ausgedehnten Haematoms durch Drucknekrose gangraenescieren. Schon hierdurch ist die Gefahr zur Infektion gegeben, und auch sonst können von der Scheide aus durch die dünne Wand Mikroorganismen in die Höhle einwandern, die dann eine Vereiterung und Verjauchung des ganzen Blutsackes hervorrufen. Durch Allgemeininfektion kann die Kranke bald zum Exitus kommen. Winckel unterscheidet, um noch einmal kurz zusammenzufassen, folgende Ausgänge einer Blutgeschwulst:

1. Tod durch Verblutung,
2. Tod durch Verjauchung,
3. Berstung und Genesung,
4. Berstung und Fistelgänge,
5. Resorption ohne Berstung und völlige Heilung.

Die Prognose wird im ganzen immerhin als ziem-

lich dubiös gestellt. Ja, früher in vorantiseptischer Zeit war sie schlecht. Heute ist sie entschieden eine bessere geworden.

Winckel verzeichnet unter seinen 50 Fällen 6 Todesfälle, 16 heilten durch Incision, 4 durch Resorption, bei 23 sah er spontane Heilung.

Skanzoni teilt unter seinen 16 Fällen 1 Todesfall mit. Durchschnittlich beträgt die Mortalität etwa 12 Prozent.

Die Diagnose des Haematoms, sei es bei nicht Graviden oder im Puerperium entstanden, ist im allgemeinen sehr leicht und wohl kaum mit etwas anderem zu verwechseln. Das plötzliche Auftreten, rasche Wachsen, die bläulich durchschimmernde Färbung der Haut, die gering fluktuierende oder etwas teigig sich anfühlende Geschwulst, alles das sind Symptome, die uns unbedingt auf die Diagnose „Haematom“ hinleiten. Eine Verwechslung eines etwa Kindskopf grossen Haematoms mit einem austretenden Kopf mit Glückshaube wäre, wie schon erwähnt, bei oberflächlicher Betrachtung wohl möglich. Eine genaue Untersuchung wird jedoch bald jeden Zweifel beseitigen.

Wenn das Haematom in die Scheide hineinragt, so wird man sich durch eine Untersuchung per Rectum über seine Grösse orientieren.

Wenn überhaupt prophylaktisch etwas gegen das Auftreten eines Haematoms geschehen kann, so ist das nur bei den intra partum entstandenen der Fall.

Die Ätiologie wird uns die nötigen prophylaktischen Massregeln vorschreiben.

So werden wir bei heftigen Presswehen Chloroform anwenden, wenn irgend ein zu Haematom dispo-

nierender Moment vorhanden ist, wir werden, sobald eine Blutgeschwulst infolge zu langer Geburtsdauer sich zu entwickeln droht, bei ungünstigem Kopfstand oder starken Varicen, die Geburt künstlich beendèn. Meist aber wird man von der Bildung eines Haematoms so überrascht, dass an eine Prophylaxe gar nicht zu denken war.

Was die Therapie betrifft, so teilen sich auch hier wieder die Ansichten verschiedener Gynäkologen.

Natürlich müssen wir auch hier unterscheiden zwischen solchen Haematomen, die etwa Wallnuss- bis Kleinapfelgross sind und solchen, die eine beträchtliche Grösse erreicht haben.

Bei der ersten Kategorie, den kleinen Blutgeschwülsten, wird man versuchen, durch Bettruhe, Eiscompressen, Eiskolpeurynter, Tamponade den Bluterguss zur Resorption zu bringen. Winckel gibt dabei innerlich Eis, Digitalis und Opium zur Beruhigung der meist sehr aufgeregten Kranken. Incision auch kleiner Haematome wird noch in Reserve gehalten werden müssen, wenn die Resorption nicht rasch genug vor sich geht, denn auch kleine Haematome können schon die Scheide völlig verlegen und dadurch post partum den Lochienabfluss hindern.

Doch auch bei grossen Haematomen, die durch ihre nach und nach immer mehr zunehmende Grösse ernste Symptome hervorrufen, ist man bis jetzt immer noch nicht der einen Ansicht, zu incidieren. Einige glauben gerade in der Incision eine Gefahr für die Patientin zu sehen. Sie meinen, die jetzt geöffnete Höhle könne leicht von aussen inficiert werden und stimmen daher für das exspectative Verfahren. Sie ver-

suchen durch resorbierende Mittel den Bluterguss zu beseitigen und incidieren nur dann, wenn Verjauchung der Höhle droht.

Dies Prinzip könnte man wohl für die vorantiseptische Zeit gelten lassen, aber nicht mehr heute, wo die Asepsis so weit vorgeschritten, dass man keinen operativen Eingriff mehr scheut.

Ahlfeld incidiert nur bei Haematomen mit ganz dünner Wand wegen der Gefahr der Einwanderung von Mikroorganismen, hält bei anderen die Resorption für angeraten.

Winckel ist wohl für Incision, aber erst nach 3—4 Tagen, wenn jede Gefahr der Nachblutung beseitigt ist und das Haematom nicht mehr an Grösse zunimmt.

Heute, wo man unter ganz sicheren aseptischen Kautelen arbeiten kann, ist es wohl auf jeden Fall das beste und sicherste, Haematome, sobald sie auch nur die geringste Störung verursachen, zu incidieren, denn einerseits wird man allein durch Eisumschläge und Kompressen die Blutung nur langsam bezwingen können und zwar um so weniger, je grösser die Geschwulst ist, andererseits wäre es doch sehr bedenklich abzuwarten, bis Nekrotisierung der bedeckenden Haut eintritt und damit der ziemlich gewisse Ausgang in Verjauchung mit nachfolgender Septicämie.

Es empfiehlt sich daher, sobald die Blutgeschwulst schon eine beträchtliche Grösse erreicht hat und auch ev. schon bei kleineren, zu incidieren. Die Incision wird an der tiefsten Stelle am inneren Rand der Geschwulst mit einem langen Schnitt gemacht. Die Blutcoagula werden entfernt und die Höhle ausgespült. Bluten die zerrissenen Gefässe noch, so werden diese

unterbunden, und die ganze Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft, oder der Sack wird umstochen und vernäht.

Ist auch die oberflächliche Bedeckung von Anfang an leicht verletzt, so dass das Blut durch den Riss aus dem Thrombus hervorrieselt, und treten Erscheinungen der Anämie auf, so wird man auf keinen Fall länger mit der Incision warten dürfen.

Was die Ausführung einer solchen Operation betrifft, so wird man die Kranke auf das Querbett lagern, die Genitalien gehörig reinigen und ganz streng aseptisch vorgehen. Nachdem entweder die Höhle umstochen und vernäht, oder mit Jodoformgaze tamponiert ist, wird man die Kranke noch so lange genau beobachten, bis man sicher ist, dass keine Nachblutung mehr erfolgt.

Bei dem hier beobachteten, bei Beginn meiner Abhandlung beschriebenen Falle musste noch fortgesetzt komprimiert werden, bis endlich die Blutung aus dem verletzten linken Bulbus stand.

Damit keine nachträgliche Infektion erfolgt, wird man einige Zeit lang regelmässig die Scheide mit Karbol oder Lysol ausspülen lassen. Bei dieser Behandlungsweise kann man wohl mit Sicherheit auf einen günstigen Erfolg hoffen.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir noch eine angenehme Aufgabe, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Löhlein für die gütige Überlassung der Arbeit und der betreffenden Litteratur, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Grosse für die freundliche Durchsicht meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Spiegelberg: Geburtshülfe.
Winkel: Pathologie und Therapie des Wochenbetts.
Winckel: Pathologie der weiblichen Sexualorgane.
Kaltenbach: Geburtshülfe.
Skanzoni: Geburtshülfe.
Zweifel: Handbuch d. Frauenkr. B. III.
Ahlfeld: Geburtshülfe.
Ahlfeld: Klinische Berichte B. III.
Osiander: Geburtshülfe.
J. Lwoff: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshülfe. B. XIII.
Gempe: Inaug.-Dissert. Berlin 1882.
Löhlein: Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 10.